



FORMULARIO

JUSTIFICACIÓN DE INASISTENCIAS POR ACCIDENTES O ENFERMEDAD PROFESIONAL

REGIMEN DE LICENCIAS, JUSTIFICADAS Y FRANQUICIAS PARA EL PERSONAL MUNICIPAL – ART.78° - ORDENANZA  
N°1368/86- E.O.E.M

IMPORTANTE

LLENAR CLARAMENTE LOS DATOS EN LOS RECUADROS

Agente:

Cargo:

CUIL:

Legajo Nro.:

Dependencia:

**SAN FERNANDO DEL VALLE DE CATAMARCA**, haga clic para escribir una fecha

SOLICITO LA JUSTIFICACIÓN DE EL/LOS DIAS \_\_\_\_ POR CAUSA DE ACCIDENTES O ENFERMEDAD PROVOCADOS EN EL HORARIO DE TRABAJO.

ATENTAMENTE. \_

\_\_\_\_\_  
Firma responsable

\_\_\_\_\_  
Firma agente